



AUTORISATION PARENTALE

JE SOUSSIGNÉ(E) (PÈRE, MÈRE, TUTEUR).....
.....

ADRESSE.....
.....

AUTORISE MON ENFANT (NOM ET PRÉNOM).....
.....

DATE DE NAISSANCE.....
À FRÉQUENTER LA MÉDIATHÈQUE SELON LE RÈGLEMENT
INTÉRIEUR EN VIGUEUR.

FAIT À SAINT-ESPRIT, LE
SIGNATURE

